

同意書

久留米市高齢者等 SOS ネットワーク協議会長 様
(久留米市健康福祉部長寿支援課、久留米警察署)

年 月 日

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)
(本人または家族)

私は、次の者を代理人と定めて、高齢者あんしん登録制度（利用・変更）申請することに同意します。

代理人	住所			TEL	
	氏名		本人との関係		